



DR. STRAFELA-BASTENDORF

Familien-Zahnarztpraxis

Anamnesebogen

Patient	Versicherter
	Nur ausfüllen, wenn Sie in einer Familienversicherung mitversichert sind.
Name	Name
Vorname	Vorname
Geb.-Datum	Geb.-Datum
Geb.-Ort	Geb.-Ort
Straße	Straße
PLZ / Ort	PLZ / Ort
Tel.	Tel.
Tel. G.	Tel. G.
Mobil	Mobil
E-Mail	E-Mail

Gesetzl. Krankenkasse	Zusatzversicherung
Private Krankenkasse	Beihilfe <input type="checkbox"/> Standardtarif <input type="checkbox"/>

Bitte ausfüllen bzw. ankreuzen.	Ja	Nein	Bitte ausfüllen bzw. ankreuzen.	Ja	Nein
Allgemeinmedizin					
Hausarzt			Allergien		
Blutdruck hoch			Welche?		
Blutdruck niedrig			Osteoporose		
Herzerkrankung			Tumorerkrankung		
Welche?			Welche?		
Herzschrittmacher			Besteht eine Schwangerschaft?		
Endokarditisprophylaxe			Medikamente		
Blutgerinnungsstörung (Blutverdünner)			Welche?		
Diabetes			Nehmen/haben sie Bisphosphonate eingenommen?		
Lungenerkrankung (Asthma)			Sonstige Krankheiten?		
Schilddrüsenerkrankung			Welche?		
Nierenerkrankung?					
Infektionskrankheit (z.B. Hepatitis, HIV)					
Welche?					
Zahnmedizin					
Was ist Ihr Hauptanliegen?					
Wurden Sie weiterempfohlen?					
Von wem?					
Gab es bei zahnärztlichen Behandlungen Probleme?					
Welche?					
Sind in den letzten sechs Monaten Röntgenaufnahmen von Ihren Zähnen gemacht worden?					





DR. STRAFELA-BASTENDORF

Familien-Zahnarztpraxis

Spezielle Anamnese			
1. Mundhygiene			
Wie oft putzen Sie Ihre Zähne täglich?	weniger als 1-mal	1 bis 2-mal	-mal
Wie lange putzen Sie Ihre Zähne?	weniger als 1 Min.	1 bis 2 Min.	Min.
Mit welcher Zahnbürste putzen Sie?	Manuell (Hand)	Elektrisch	Schall
Mit welcher Technik putzen Sie?	eher schrubbend	eher kreisend	Sonst.
Haben Sie Zahnfleischbluten?	immer	selten	nie
Haben Sie Mundgeruch?	immer	selten	nie
Wie oft reinigen Sie Ihre Zahnzwischenräume?	täglich	gelegentlich	nie
Womit reinigen Sie Ihre Zahnzwischenräume?			
Welche Hilfsmittel verwenden Sie?			
2. Fluoridangebot			
Wie heißt Ihre Zahnpasta?			
Verwenden Sie fluoridiertes Speisesalz	Ja	Nein	
3. Ernährung			
Wie oft am Tag essen Sie zuckerhaltige Produkte?	2- bis 5-mal	über 5-mal	
Wie häufig trinken Sie über den Tag verteilt zuckerhaltige Getränke?	2- bis 5-mal	über 5-mal	
Haben Sie überempfindliche Zahnhälse?	Ja	Nein	
4. Rauchen			
Rauchen Sie?	Ja	Nein	
Haben Sie geraucht?	Ja	Nein	
5. Funktion			
Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?	Ja	Nein	
Haben Sie sonstige Angewohnheiten?	Ja	Nein	
Wie z. B. Zungenbeißen, Zungenpressen, Wangenbeißen oder Wangensaugen?			

Bitte ankreuzen.	Ja	Nein
Ich entbinde Dr. Strafela-Bastendorf von der ärztlichen Schweigepflicht, soweit dies im Zusammenhang mit der aktuellen zahnärztlichen Behandlung steht. Dies betrifft Konsil mit anderen Ärzten, Labor (bei Zahnersatz), Krankenkassen.		
Soweit es der Informationsbedarf der Erstattungsstelle eine Datenübermittlung im Sinne des § 3 Abs. 4 Nr. 3 des Bundesdatenschutzgesetzes bedingen sollte, erkläre ich mich mit dieser einverstanden.		
Ich bin damit einverstanden, dass zur Dokumentation der Behandlung Fotoaufnahmen gemacht werden dürfen.		
Datenschutz: Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes. Mit der Speicherung dieser Daten bin ich einverstanden.		

Datum

Unterschrift Patient